Docteur LOUIS GROS-DEVAUD

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE



De la
Carcinose herniaire



PARIS
SOCIÉTÉ D'IMPRESSION & D'ÉDITION
L. BOYER, Directeur
49, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 49

1902

DE LA

CARCINOSE HERNIAIRE

Docteur LOUIS GROS-DEVAUD

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE



De la

Carcinose herniaire



PARIS

SOCIÉTÉ D'IMPRESSION & D'ÉDITION

L. BOYER, Directeur

49, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 49

—

1902

A MA MÈRE

HOMMAGE RESPECTUEUX A NOS MAITRES

et particulièrement à ceux dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève dans les Hôpitaux :

M. LE DOCTEUR MONOD (1894)

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

M. LE DOCTEUR PEYROT (1895)

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

M. LE DOCTEUR BARTH (Stage 1895-1896)

Médecin de l'hôpital Necker.

M. LE DOCTEUR MARFAN (1897)

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades

M. LE DOCTEUR FERRAND (Externat 1898-1899)

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. LE DOCTEUR HIRTZ (Externat 1899-1900)

Médecin de l'hôpital Laënnec.

M. LE DOCTEUR CAMPENON (Externat 1900-1901)

Chirurgien de la Charité

M. LE DOCTEUR BRUN (Externat 1901-1902)

Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

M. LE DOCTEUR MAYGRIER (Stage d'accouchements 1902.)

Accoucheur de la Charité.

M. LE PROFESSEUR BUDIN (Externat 1902-1903)

Professeur de clinique obstétricale à la Clinique Tarnier.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Officier de la Légion d'honneur, Membre de l'Académie
Professeur de clinique gynécologique
Sénateur de la Dordogne.

Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la Présidence de notre Thèse.

AVANT-PROPOS

Ayant eu l'occasion d'observer un cas intéressant de tumeur maligne développée dans une vieille hernie, tumeur qui a donné lieu à des accidents d'étranglement, et nécessité une intervention immédiate et difficile, nous avons voulu, dans ce modeste travail, rassembler les observations éparses çà et là de cette complication peu étudiée des hernies, et, à l'aide des faits, essayer d'esquisser son histoire clinique et anatomique.

Nous avons, par des recherches bibliographiques aussi complètes que possible, essayé de réunir un certain nombre d'observations de « carcinose herniaire », ajoutant à leur liste celle qui nous est personnelle. Nous pensons avoir réuni la totalité de ces faits qui, comme on le verra, ne sont pas nombreux, puisqu'ils se réduisent à quatorze cas publiés ; il est vrai que nous avons distrait du cadre de cette étude les cas de cancer du testicule ectopié ou de l'ovaire hernié ; ce travail ayant été fait, en grande partie, par Michiels (1) qui dans une thèse documentée a réuni un certain nombre

---

(1) Michiels.— Th. de Bordeaux, 1896. Cancer du Testicule ectopié.

d'observations de testicule cancéreux ectopié dans des hernies congénitales.

Sous le titre de « carcinose herniaire », nous étudierons donc, parmi les tumeurs herniaires, les faits de tumeurs malignes développées primitivement ou secondairement dans les hernies, aux dépens du contenu de la hernie, (intestin, épiploon, mésentère), aux dépens du sac herniaire, souvent du tout à la fois.

Dans une première partie, après l'exposé du fait qui nous est personnel et de l'historique de la question, nous apportons les observations que nous avons pu recueillir dans les Bulletins de la société Anatomique, dans diverses revues françaises, allemandes ou anglaises; dans une deuxième partie, nous essayerons de dégager, de l'étude de ce petit groupe de faits, les conditions dans lesquelles se présentent, les symptômes par lesquelles se manifestent les complications, les lésions et les difficultés de traitement auxquelles donne lieu la carcinose herniaire.

CHAPITRE PREMIER

En 1889, M. Lejars (1), qui, le premier, a groupé dans une étude d'ensemble un certain nombre de ces faits de néoplasmes herniaires, disait :

« Ne faut-il pas conclure que les néoplasmes herniaires n'ont pas été l'objet d'un travail d'ensemble ? Et pourtant, à chercher les faits épars dans les journaux et les recueils, il est possible d'en grouper un nombre suffisant pour esquisser l'histoire de cette complication peu étudiée. Ce qui est certain, c'est que l'examen anatomique des hernies plus souvent pratiqué sur le vivant, aujourd'hui que la cure radicale est devenue œuvre de chirurgie courante, et aussi l'autopsie plus régulièrement et plus soigneusement faite, en particulier dans les hôpitaux de vieillards, que ces deux modes de recherche ne tarderont pas à grossir le nombre des observations. » Ce nombre, on l'a vu, en dépit de ces conditions favorables de recherche, n'est pas encore considérable, du moins en ce qui concerne les néoplasmes malins herniaires ; nous sommes heureux de pouvoir augmenter

---

(1) Lejars. *Gaz. des Hôpitaux, 1889*. Néoplasmes herniaires et péri-herniaires.

la liste des observations de carcinose herniaire par l'exposition du fait suivant :

OBSERVATION I (Personnelle)

Hernie inguinale gauche étranglée, kélotomie; fibro-sarcome du méso-colon hernié; anus contre nature; mort; autopsie.

M. Antoine, 71 ans, entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Quénu, suppléé par M. le Dr Launay, salle Boyer, lit nº 18, le 26 août 1902, à quatre heures du soir.

Ce malade entre pour des phénomènes d'obstruction intestinale dûs à une hernie étranglée. Il est dans un état de demi-coma, dont il est difficile de le tirer ; aussi les renseignements qu'on en peut recueillir sont-ils assez restreints.

Antécédents. — Il prétend avoir *toujours* eu une hernie inguinale gauche pour laquelle il a toujours porté un bandage. Ce n'est que depuis quelques années, date qu'on ne peut faire préciser au malade, que cette hernie en augmentant de volume est devenue *peu à peu irréductible.* Aussi, dans ces derniers temps, sa hernie se présentait-elle comme une masse grosse comme une tête de fœtus, qui ne le gênait, du reste, que par son poids et son volume.

Histoire de la maladie. — Il y a deux jours que le malade, qui était déjà un peu constipé, cessa d'aller à la garde-robe et d'émettre des gaz. En même temps, sa hernie devenait douloureuse, augmentait un peu de volume, son ventre se ballonnait, l'état général était atteint et on le menait à l'hôpital où on constatait les phénomènes suivants :

Etat actuel. — C'est un vieillard à l'aspect *cachectique* et misérable qui répond très difficilement aux questions et qui

présente une *énorme hernie*, légèrement pédiculée, provenant de la région inguinale gauche.

Cette hernie, ovoïde, a le volume d'une grosse noix de coco; lorsqu'on la saisit à pleine main, on la sent *très lourde ;* sa consistance est *résistante et inégale* et, par places, on sent des parties extrêment dures; à la pression, il y a de la *douleur*, mais seulement au niveau du *collet de la hernie*, et encore cette douleur est-elle peu marquée. *Matité absolue* à la percussion ; la recherche de la transparence est négative.

Les tentatives de *réduction*, que l'on essaie d'ailleurs sans insister, n'amènent *aucune modification* dans le volume ou la consistance de la hernie.

Comme signes fonctionnels, le malade n'a rendu ni gaz, ni matières depuis quarante-huit heures ; son facies est déjà altéré ; ses facultés cérébrales sont très émoussées, un peu de subdélire ; température axillaire 37°,2; pouls 85 ; pas de vomissements.

En présence de ces phénomènes, on fait le diagnostic d'*étranglement dans une vieille hernie ayant perdu droit de domicile* dans l'abdomen et on décide l'intervention immédiate.

Intervention. — Elle est pratiquée à six heures du soir par l'interne du service, mon ami G. Renon.

Anesthésie au chloroforme.

Longue incision de 15 centimètres, commençant au milieu de la tumeur et allant empiéter sur la paroi abdominale ; section des plans superficiels, peau, tissu cellulaire sous-cutané ; reconnaissance du grand oblique dans la partie supérieure de l'incision ; dans sa partie inférieure, on incise doucement les divers feuillets cellulo-fibreux qui se présentent et on tombe sur le sac qu'on ouvre.

Il s'écoule à ce moment une petite quantité de liquide citrin.

Mais au lieu d'apercevoir des anses intestinales, plus ou moins distendues et violacées, comme on était en droit de s'y attendre, on rencontre une masse *bosselée, dure*, de *coloration blanchâtre* et présentant par place des kystes que l'on reconnaît à leur transparence.

Il s'agit donc d'un *néoplasme herniaire.*

Le doigt introduit dans le sac, pour se rendre compte des connexions de cette masse, montre qu'elle est *adhérente* par places aux *parois du sac.*

Avant de la libérer, on débride d'abord l'anneau inguinal. A ce niveau, on reconnaît une *anse de gros intestin plaquée* sur la tumeur, complètement aplatie par elle, Cette anse commence déjà à se libérer de la tumeur à ce niveau et, avec le doigt, on la sent devenir libre dans la cavité abdominale. Cela permet de la reconnaître comme le bout supérieur.

Cette notion acquise, on se décide à faire l'ablation de la masse ; pour cela, on la libère, avec les doigts et les ciseaux, du sac auquel elle adhère. L'anse de gros intestin est plaquée sur la masse qu'elle encercle suivant son plus grand diamètre.

Dans cette libération de la masse herniaire, on trouve le testicule et le cordon que l'on en isole.

La libération de toute la masse étant faite, on sectionne le bout supérieur de l'intestin entre deux clamps pour assurer la coprostase et on sectionne la masse qui se continue par un *pédicule très rétréci* à travers l'anneau inguinal, dans la cavité abdominale. Le bout inférieur de l'anse intestinale est, de même, sectionné entre deux clamps.

L'extirpation de la masse étant terminée, les deux bouts intestinaux sont suturés ; on établit *un anus contre nature* suivant les règles habituelles en abouchant les deux bouts à la peau. Réunion du reste de la plaie ; pansement.

Examen de la Tumeur. — Elle pèse 600 grammes. C'est une tumeur ovoïde, kystique en partie ; les petits kystes sont surtout répartis au point où la partie supérieure de l'anse aborde la tumeur. Elle est formée d'un tissu dur, résistant, ordonné par le tissu graisseux en lobes par endroits.

Suites opératoires. — Le lendemain, 27 août, l'état général est assez satisfaisant, température 38°,2 ; pouls 104, faible néanmoins.

On fait le pansement, l'anus a bien fonctionné : il s'est écoulé par le bout supérieur une quantité notable de matières noirâtres et poisseuses ; la plaie opératoire a bon aspect.

Le soir, l'état du malade commence à décliner, la température a augmenté ; 38°,5 ; le pouls est rapide ; le lendemain 28, le malade meurt dans la journée.

Autopsie. — Faite 24 heures après la mort. L'examen de l'anus contre nature montre que les sutures ont parfaitement tenu.

A l'ouverture du cadavre, on ne constate aucune trace de péritonite, la résection intestinale a porté sur l'anse sigmoïde et l'on constate que ce qui reste du *mésocôlon ilio-pelvien* est complètement infiltré par une *masse lobulée*, qui plonge dans le petit bassin, mais qui est complètement libre et développée aux dépens du mésentère.

La tumeur isolée forme une masse séparée en lobes par des incisures profondes et ces lobes présentent eux-mêmes des séries de mammelons saillants, certaines incisures décrivent comme des circonvolutions.

La masse se présente sous une étendue de 30 centimètres de long, 15 centimètres de large et 8 centimètres d'épaisseur. Elle s'est pour ainsi dire *énucléée du mésentère* ; aussi les rapports qu'elle affecte avec la masse intestinale sont-ils moins intimes que ceux qu'on a constatés dans la hernie.

Le poids en est de 1300 grammes,

A la coupe, cette tumeur revêt nettement l'*aspect sarcomateux* et elle offre une texture assez compacte.

L'examen des autres organes ne révèle rien de spécial, on ne trouve aucun néoplasme, ni du péritoine, ni du tube digestif, ni du foie.

Examen histologique. — Il a été prélevé des fragments sur la masse herniaire et sur la masse abdominale.

Ils ont été fixés dans la liqueur suivante :

Acide picrique à saturation dans l'eau....		600.
Formaline à 40 p. 0/0	—	200.
Acide acétique pur	—	40.

Séjour de 24 heures ; lavage à l'eau pendant 24 heures inclusion à la paraffine, coloration à l'hémalun-éosine et à l'alun de fer.

Tumeur abdominale. — A un petit grossissement, on voit que la paroi est formée de tissu lamellaire et présente des vaisseaux bien développés au contact de la tumeur.

A un grossissement moyen (oculaire 6, objectif 4, Stiassnie), la trame se présente formée de tissu muqueux prenant mal la coloration et semée de petites cellules étoilées qui s'ordonnent par places en traînées, de façon à circonscrire des pseudo-lobules.

A un plus fort grossissement (objectif 6) on voit nettement que ces cellules sont des cellules de *type conjonctif*, à noyaux

irréguliers, plus ou moins allongés, dont quelques-uns sont en voie de division. A côté de places où le tissu muqueux prédomine, on en voit d'autre où c'est, au contraire, la prolifération cellulaire.

Il s'agit donc d'*un myxo-sarcome-type*.

Tumeur inguinale. — Cette tumeur, dans son ensemble, est formée d'*éléments conjonctifs adultes*.

Le tissu muqueux que nous avons signalé dans la texture de la tumeur abdominale n'existe plus ici. On a affaire surtout à du *tissu fibreux* dans lequel on trouve de *nombreuses cellules sarcomateuses*. La tumeur abdominale était du myxo-sarcome, la tumeur inguinale est du *fibro-sarcome*.

On peut suposer que, sous l'influence de traumatisme, du port du bandage, cette portion de la tumeur sarcomateuse herniée a subi cette modification de texture.

Quant à dire quelle a été la portion initiale de la tumeur, inguinale ou abdominale, l'examen histologique, pas plus que l'étude clinique, ne saurait permettre de se prononcer.

HISTORIQUE

Si l'on se reporte aux Traités classiques au sujet de l'envahissement des hernies par le cancer, on voit que ce point du chapitre « Complication des hernies » y est généralement passé sous silence ou à peine indiqué.

M. Jaboulay, cependant, dans le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, lui consacre quelques lignes. Pour lui, l'épiploon est plus souvent que le tube digestif le siège des néoplasmes herniaires ; le néoplasme malin peut être primitif ou secondaire ; il rappelle les faits, que nous aurons l'occasion de revoir, de Codet, Cannuet, Le Dentu ; « les tumeurs malignes, dit-il, peuvent se développer dans l'intestin hernié, comme dans le reste du tube digestif ; cependant, on n'en connaît que des observations peu nombreuses. »

Dans l'article rédigé par M. Le Dentu, dans le *Dictionnaire Jaccoud*, il n'est pas signalé de néoplasme vrai au chapitre des « Hernies compliquées », p. 539 ; on ne trouve sur ce sujet aucune indication, non plus, dans le *Dictionnaire Dechambre*.

M. Boursier, dans le *Dictionnaire Encyclopédique*, article Hernies, signale cette complication possible de lésions cancéreuses dans les hernies et ajoute que « ces lésions n'y sont presque jamais primitives ».

Enfin, chose qui nous peut fixer sur le peu de fréquence de cette complication, M. Berger, dans ses « Dix mille observations de hernies », e nrapporte aucun cas de carcinose herniaire.

Mais, si l'on s'adresse aux mémoires originaux ou aux indications des Revues bibliographiques, la moisson des faits devient un peu plus abondante.

En 1889, dans un travail déjà cité, M. Lejars, étudiant dans leur ensemble les tumeurs malignes ou bénignes herniaires ou péri-herniaires, s'occupe plus spécialement des tumeurs malignes herniaires, dont l'histoire clinique ou anatomique lui paraît présenter un plus vif intérêt. Il distingue les néoplasmes malins du contenu du sac (intestin, épiploon, mésentère, ovaire et testicule) ; il ne connaît pas d'observation du mésentère cancéreux isolément, comme nous en rapportions tout à l'heure un exemple.

Faisant un long retour en arrière, il cite les faits de Dupuytren qui en 1834 avait vu « un squirrhe de l'intestin hernié » ; de Cannuet qui, en 1852, présentait à la Société anatomique un épiploon hernié cancéreux ; de Chauffard qui, en 1882, a publié une observation d'un cas de cancer de l'intestin grêle hernié ; de Codet qui, dans sa thèse, en 1883, nous rapporte l'histoire d'une malade atteinte d'épiplocèle ombilicale cancéreuse ; de Le Dentu qui, à quelques jours d'intervalle, faisait publier dans la *Gazette des Hôpitaux* une relation fort instructive de tumeur maligne herniaire sur un sujet préalablement porteur d'un sarcome des fosses nasales ; de Sonnenburg qui décrit un cas, assez discutable, il

est vrai, de végétation polypeuse de l'intestin hernié. M. Lejars y ajoutait une observation personnelle de cancer de l'intestin hernié avec accidents d'étranglement. Enfin, fort de la connaissance de ces faits, il cherche à dégager les lignes principales de l'histoire de cette complication herniaire.

Toutes ces observations seront relatées dans cette première partie de notre travail. Nous y ajouterons quelques faits connus antérieurement à 1889 et que M. Lejars n'avait pas cru devoir signaler : une observation de Arnaud (cancer de l'intestin hernié) qui, pour dater de 1749, n'en est pas moins suggestive ; une publication de cancer de l'épiploon, de A. Childs, dans le « Medical Times » de 1857 ; un fait de Mixter qui, publié dans le « Boston Journal » de 1888, n'avait pu être connu à temps de M. Lejars.

Depuis 1889, le seul travail d'ensemble que nous ayons rencontré à ce sujet est dû à M. Jonnesco qui, en 1891, dans un article sur la « Tuberculose Herniaire » a tenté d'établir le diagnostic de ces deux complications rares des hernies : tuberculose et cancer.

En même temps que lui, signalons la publication de Th. Manley dans le « Medical Record » sur un cancer dans une hernie inguinale opéré et guéri.

Depuis, nous rencontrons une importante communication de Raoult à la société Anatomique en 1892, où il retrace l'histoire et présente les pièces anatomiques d'un malade atteint de cancer de l'intestin hernié et du sac herniaire.

Michiels, dans sa thèse déjà citée, rapporte en nom-

bre des faits de testicule cancéreux dans des hernies congénitales et étudie la marche des accidents consécutifs à cette variété de testicule cancéreux ectopié. Enfin, Nurdin, dans sa thèse de 1898, a étudié, d'après M. Jonnesco, la tuberculose herniaire et comme lui discuté le diagnostic de la tuberculose et du cancer herniaire.

Soit un ensemble de quatorze observations, y compris la nôtre, dont l'exposé constituera la première partie de ce travail.

OBSERVATION II

Carcinome de l'intestin hernié ; extirpation partielle ; mort par obstruction intestinale progressive. Autopsie. — Arnaud, *Traité des Hernies*, t. II, p. 229.

M. Braze, dit l'auteur, ancien chirurgien major des armées du roi de France, qui s'appliquait particulièrement au traitement des hernies, m'a assuré avoir trouvé dans une hernie complète, immédiatement à la sortie de l'anneau, un *carcinome* de la grosseur d'une noix. Ce corps étranger non seulement empêchait l'intestin *de rentrer*, mais il le comprimait au point que, quoiqu'il n'y eût aucun étranglement, il empêchait les matières d'y passer et le malade avait tous les accidents de l'étranglement. M. Braze emporta le carcinome avec le bistouri. Il réduisit l'intestin ; le malade guérit et survécut à cette opération l'espace d'une année. Il mourut des mêmes accidents qui accompagnent l'étranglement, après avoir souffert sans discontinuer depuis l'opération.

M. Braze fit l'ouverture du cadavre. Il trouva l'intestin iléon

adhérent au péritoine à l'endroit qui répondait au fond de la vessie. Cette adhérence était formée par un carcinome ulcéré de la grosseur d'un œuf de poule ; l'intestin était pourri et ulcéré dans une étendue de 7 ou 8 lignes au-dessus du carcinome, c'est-à-dire dans la partie de l'intestin répondant au jejunum. J'ai vu cette tumeur plus de quatre ans après qu'elle a été tirée du ventre et conservée dans l'esprit de vin ; ce qui me fait penser qu'il eût été bien plus avantageux pour le malade d'emporter dans le temps de l'opération toute la partie de l'intestin dans laquelle le carcinome avait pris racine ; n'y a-t-il pas lieu de croire que l'intestin aurait pu guérir et même se cicatriser ?

OBSERVATION III

Hernie ombilicale. Etranglement interne produit par un rétrécissement squirrheux de l'intestin grêle. Réduction de la hernie ; persistance des accidents d'étranglement ; mort ; autopsie. DUPUYTREN (*Lancette française*, 1834, p. 274).

Elisabeth F..., âgée de 52 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, portait *depuis vingt ans* une hernie ombilicale survenue à l'occasion d'efforts pendant l'accouchement. La hernie avait le volume d'un œuf de poule, n'avait jamais été maintenue par un bandage et, dans *plusieurs occasions*, avait fait éprouver à la malade, de graves *accidents*, par suite de son étranglement.

Jusqu'au 10 mai dernier, ces accidents avaient cédé à quelques moyens généraux : repos, bains, cataplasmes, sangsues, etc.

Mais, ce jour-là, vers midi, la malade fit un faux pas et,

dans les efforts qu'elle tenta pour ne pas tomber, elle entendit un craquement dans la région ombilicale et ressentit une très vive douleur à cet endroit.

Elle fut prise immédiatement d'accidents d'étranglement, tels que nausées, hoquets, vomissements bilieux, etc. Voyant que les accidents persistaient malgré l'emploi des moyens ordinaires, elle se fit transporter à l'Hôtel-Dieu, où elle fut reçue le 8 mai et couchée au lit n° 24 de la salle Saint-Jean.

L'interne de garde, qui la visita, fit quelques tentatives de réduction et les seconda de bains, d'application de sangsues, de cataplasmes émollients.

La malade, après le bain, parut soulagée.

Elle observa que, pendant qu'elle y était plongée, ses douleurs avaient beaucoup diminué ; les vomissements avaient cessé et ne se renouvellent pas pendant le courant de l'après-midi.

A huit heures du soir, le même jour, de nouveaux accidents se manifestèrent. Comme cette malade n'avait rendu par le bas ni matières fécales, ni gaz stercoraux depuis l'apparition des premiers symptômes, on sollicita les selles par quelques demi-lavements et elle passa une nuit assez tranquille.

Le lendemain, à la visite du matin, la hernie s'enflamma, devint douloureuse et les coliques augmentèrent d'intensité. On prescrivit un bain, une nouvelle application de sangsues, et on attendit l'effet de ces moyens.

Le deuxième jour, à la visite, la malade était dans l'état suivant : sueur froide, œil brillant, pommettes colorées, visage crispé, exprimant la souffrance ; pouls faible, lent ; ventre peu tendu, mais douloureux vers la région ombilicale.

La tumeur herniaire était élastique, sans changement de

couleur à la peau ; si on faisait quelques tentatives de réduction, elle *rentrait en partie*, mais, les cessait-on, elle reprenait son premier volume.

Dans le courant du troisième jour, elle parut rentrer, quelques matières stercorales furent rendues par l'anus. Cette légère amélioration fit espérer un instant que la malade échapperait à de nouveaux accidents. Il n'en a pas été ainsi et, le soir du quatrième jour, les accidents ont augmenté et la malade a succombé.

Le professeur a voulu, pour l'instruction de ses élèves, que l'autopsie fût faite à la clinique.

Une incision circulaire a permis de soulever les parois de l'abdomen et de reconnaître la nature du mal auquel la malade avait succombé.

Il n'existait pas de pus, pas d'épanchement de matières stercorales. La portion d'intestin grêle qui formait la hernie et qui était cachée en quelque sorte dans l'épaisseur graisseuse des parois abdominales était d'un rouge brun dans l'étendue de 2 pouces 1/2, mais non gangrenée. M. Dupuytren paraissait regretter de n'avoir pas pratiqué l'opération lorsque l'interne des autopsies, M. Teissier, en examinant le bout inférieur de l'intestin, trouva la cause sans cesse renaissante de la hernie.

Il existait en effet, au-dessous de cette portion de l'intestin, qui était rouge, ecchymosée dans plusieurs points et livide, il existait un *épaississement comme squirrheux des membranes*, épaississement qui était parvenu au *point d'apporter obstacle* au cours des matières fécales. On a pu se rendre compte alors de la cause des accidents secondaires et de la mort qui en avait été la suite funeste.

En terminant l'histoire de cette femme, on se demande si,

dans un cas semblable, et, en supposant que l'on eût connu la cause des accidents secondaires, on n'eût pas pu (ainsi que l'ont conseillé et fait Hévin et Scarpa), attirer au dehors la portion intestinale rétrécie, couper l'anse intestinale à l'endroit de la constriction et établir ainsi chez cette malade un anus contre nature. Il eût été préférable dans tous les cas d'employer ce moyen incertain plutôt que d'abandonner la malade à une mort certaine.

OBSERVATION IV

Hernie ombilicale; ganglion cancéreux dans l'épiploon hernié.

CANNUET (*Bulletin de la Société anatomique*, 1852).

Présentation d'une pièce « d'exomphale accidentelle qui est remarquable sous ce rapport que le malade était atteint d'un cancer du foie et que, dans la portion de l'épiploon hernié, se trouve un ganglion devenu cancéreux lui-même. Par son développement ultérieur, ce ganglion pouvait devenir un élément de diagnostic très embarrassant. »

OBSERVATION V

Opération de hernie. Cancer de l'épiploon dans le sac herniaire.

B. CHILDS (*Medical Times*, août 1857, p. 110).

Vieillard de 68 ans, est amené à l'hôpital pour un étranglement herniaire. Il a longtemps porté un bandage et, depuis *quelques années*, il ne pouvait *réduire sa hernie*. Elle était devenue plus volumineuse, douloureuse et il avait vomi ; pas de selles depuis 24 heures.

Le malade peut à peine répondre aux questions. Sa langue est rouge et sèche. La hernie est une hernie scrotale du volume d'un poing et qui présente quelques particularités. D'abord, elle est extrêmement *dure*, comme s'il y avait du cartilage ; ensuite, elle est irrégulière et *noduleuse* et certaines parties sont *adhérentes aux plans sus-jacents*. Au palper, on se rend compte tout de suite qu'elle est complètement *irréductible* ; il n'y a pas d'impulsion à la toux et pas de gargouillement à la pression. Le testicule était au fond du sac, mais *adhère* à la masse située au-dessus de lui.

Diagnostic. — Hernie *épiploïque irréductible* et, le taxis n'ayant pas réussi, dix heures après l'admission on procède à l'intervention.

Sous le chloroforme, il est impossible de diminuer le volume de la hernie. M. Childs fait une incision suivant le grand axe de la tumeur et ouvre le sac. On trouve l'anneau inguinal large et libre, mais une grosse masse d'épiploon paraissant saine le traverse pour aller adhérer avec une masse solide située dans le scrotum. Cette masse était presque complètement adhérente au sac et au testicule ; et il fallut une dissection minutieuse pour la libérer. L'épiploon ayant été lié en trois pédicules, la masse malade qui était d'une façon évidente cancéreuse fut enlevée. Suture et pansement.

Le malade continua à présenter les mêmes troubles cérébraux et finalement il tomba dans le coma le cinquième jour ; il n'avait eu aucun signe de péritonite et avait été à la selle. On pensa qu'il existait une tumeur cérébrale. La masse qui avait été enlevée était constituée par une grosse portion de l'*épiploon* où s'étaient développés *de nombreux noyaux de squirrhe*. On trouvait de petits nodules sur la surface de sec-

tion et il est probable qu'il en restait encore dans le reste de l'épiploon.

De toute façon, on devait intervenir et s'assurer de l'état des parties herniées, dans lesquelles on *ne pouvait* soupçonner l'existence d'un cancer épiploïque ; les symptômes, sauf les cérébraux, étaient ceux d'une *hernie étranglée* et on devait appliquer la règle : « dans le doute, opérer ».

OBSERVATION VI

Hernie inguinale ancienne de l'S iliaque. Cancer de l'anse herniée avec propagation au sac. Cancer secondaire du foie. Péritonite aiguë terminale. — CHAUFFARD (*Bulletin de la Société anatomique*, 1882, p. 350).

L. J..., âgé de 52 ans, entre le 20 juillet 1882 dans le service de M. le prof. Peter, à l'hôpital de la Charité, pour des accidents abdominaux de date récente. La veille, en effet, cet homme avait été pris brusquement, sans cause apparente, de douleurs abdominales, de vomissements verdâtres et en même temps son ventre s'était notablement tuméfié.

A son entrée, le malade présente déjà tous les signes d'un état très grave ; la face est grippée et subictérique, la langue bilieuse, le pouls petit et précipité. Le ventre est énormément ballonné, presque sphéroïdal, partout tympanique à la pression et tellement dur et tendu qu'on ne peut l'explorer convenablement ; il est en même temps douloureux à la pression. Si nous ajoutons à ces différents signes les vomissements verdâtres qu'avait encore le malade, la fièvre, 38°,4 et une diarrhée séreuse assez abondante, on comprendra que *le diagnostic de péritonite* s'imposait.

Restait à trouver la cause et le point de départ de cette péri-tonite et l'attention était immédiatement attirée sur une grosse hernie inguinale gauche que portait le malade. Cette hernie était, paraît-il, de date *très ancienne*, existait depuis plus de vingt ans. Elle avait été *une fois étranglée et réduite par le taxis*, mais était d'ordinaire maintenue réduite par un bandage approprié. Depuis *six mois* seulement, elle était *devenue irré-ductible*.

Actuellement cette hernie présentait presque le volume des deux poings ; *peu douloureuse* à la pression, sauf un peu au niveau du collet du sac, elle était irréductible, d'une consis-tance *pâteuse et comme demi-solide*, partout mate à la percus-sion. Depuis l'apparition des accidents abdominaux, elle n'était, au dire du malade, devenue ni plus sensible, ni plus tendue, ni plus grosse. A part cette hernie inguinale, à part également un alcoolisme avéré, notre homme ne présentait du reste aucun accident pathologique. Depuis quelques semaines seulement, disait-il, il avait une diarrhée abondante et avait notablement maigri et perdu ses forces.

En présence d'un tel ensemble de symptômes, on ne pouvait songer *à un étranglement* et le diagnostic fut : *vieille entéro-épiplocèle irréductible et péritonite aiguë généralisée, consécu-tive probablement à une péritonite herniaire*.

Pendant les jours qui suivirent, l'état général et local ne fi que s'aggraver ; le ventre resta aussi ballonné et la douleur les vomissements bilieux et porracés, la fièvre et en même temps la diarrhée continuèrent.

Bientôt une zône de matité dans les flancs montra qu'i s'était formé du liquide dans le péritoine et le 14 le malade mourait en plein collapsus péritonéal.

Autopsie. — Elle montra des lésions, qui, les unes étaient prévues, les autres inattendues. D'abord on trouvait une *péritonite aiguë* généralisée, avec épanchement purulent dans les parties déclives, vascularisation et accolement fibrineux et météorisation des anses intestinales.

D'autre part, le foie, dont, pendant la vie, la tension extrême des parois abdominales n'avait pas permis de bien apprécier la dimension, était très volumineux et pesait 2,300 grammes ; sur sa convexité, faisaient saillie trois à quatre gros noyaux cancéreux, marronnés ou atteignant même le volume d'une mandarine et dont le tissu, sur une surface de section, était mou, lactescent, d'un blanc rosé. Ce cancer du foie *présentait tous les caractères d'un cancer secondaire*. Quant à la tumeur primitive, elle occupait un siège que nous n'avions pas soupçonné : l'*anse herniée*.

Voici en effet ce que montrait la dissection du sac herniaire et de son contenu :

D'abord la hernie était *une pure entérocèle* et ne contenait *pas d'épiploon ;* elle était formée par une anse de 20 centimètres environ de long, à l'union de l'S iliaque et du rectum. Cette anse herniée adhérait intimement au sac péritonéal et l'on ne pouvait que difficilement l'en séparer, surtout dans la partie postéro-inférieure. Le *sac et l'intestin* étaient comme soudés, *par des adhérences épaisses*, résistantes, discontinues et comme lacunaires, dues à l'interposition d'un tissu, non pas fibreux, mais grisâtre, riche en vaisseaux, friable et d'apparence plutôt néoplasique qu'inflammatoire.

Au niveau du collet, le sac communiquait librement avec la cavité péritonéale, sans *étranglement, ni coarction notable ;*

et la *péritonite cancéreuse herniaire* se transformait en péritonite inflammatoire aiguë.

D'autre part, bien que l'anse intestinale herniée ne fût *nullement étranglée*, elle paraissait avoir des parois épaisses, inégalement résistantes, comme charnues et donnant à la percussion un son presque mat. Le tout s'expliquait facilement après incision. On voyait que les parois intestinales étaient partout notablement augmentées d'épaisseur et qu'en outre elles étaient le siège d'*une tumeur volumineuse*. Cette tumeur affectait la forme d'une plaque à peu près circulaire de 7 à 8 centimètres de diamètre, faisant relief et constituée par de nombreux lobules mamelonnés, d'un tissu rosé friable et très vasculaire. Toutes les tuniques de l'intestin semblaient dégénérées à ce niveau.

Ni l'intestin dans le reste de son étendue, ni l'estomac, ni le rectum ne présentaient de tumeur semblable. Les autres organes étaient sains ou peu altérés.

OBSERVATION VII

Cancer de l'utérus. Epiplocèle ombilicale cancéreuse. — CODET DE BOISSE. (*Thèse de Paris*, 1883, obs. VI.)

P... Aimée, 36 ans, employée de commerce ; entrée le 26 février 1882, salle Chassaignac, lit n° 20, hôpital Laënnec.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie de foie à 53 ans ; mère morte à 22 ans, de suites de couches ; un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Quelques accidents strumeux dans l'enfance ; aucune fièvre éruptive. Bonne santé habituelle. Réglée à 14 ans ; règles très régulières jusqu'il y a quatre

ans. Il y a quatre ans, en mars 1877, la malade fut prise, sans cause appréciable, au moment d'une période cataméniale, d'une métrorrhagie des plus abondantes, avec prostration considérable des forces, lipothymies, etc. Suppression pendant deux ans des règles ; réapparition en septembre 1880 qui persistèrent, normales, jusqu'au mois d'octobre 1881, époque à laquelle se reproduisirent des métrorrhagies continues qui durent encore aujourd'hui.

D'autre part, elle nous raconte qu'elle a éprouvé de 1870 à 1873, à intervalles irréguliers et sans cause déterminée, des crises douloureuses intenses, à la faire rouler à terre ; les douleurs étaient surtout accusées au niveau de la région ombilicale. En 1873, elle s'aperçut qu'elle avait *une hernie ombilicale*, hernie d'abord très petite, puis augmentant graduellement, jusqu'à atteindre le volume du poing. Cette hernie était parfaitement souple, parfaitement réductible et la malade la maintenait tant bien que mal à l'aide d'une ceinture ou d'une pelote ombilicale.

Un soir, il y a un mois, la malade constata qu'à la place de sa hernie existait une tumeur de même volume, mais extrêmement *dûre et non réductible.* Peu après, survinrent des nausées, des vomissements muqueux, alimentaires et bilieux qui se sont répété à diverses intervalles depuis ; notons que jamais ils ne sont devenus fécaloïdes. D'autre part, les selles étaient régulières et normales, bien qu'il existât, et cela depuis longtemps, un peu de constipation. Quelques douleurs abdominales, peu intenses, d'ailleurs.

Ce sont ces antécédents qui décident la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade fortement constituée, mais *très*

amaigrie. Teinte subictérique de la face et des conjonctives.

La région ombilicale est occupée par une tumeur ovoïde, à grand diamètre transversal, ayant à peu près le volume d'un œuf d'oie. La cicatrice ombilicale déplissée semble coiffer la partie culminante de la tumeur.

Cette grosseur présente en son sommet, sur l'étendue environ d'une pièce de cinq francs, une coloration rouge vineux, sans qu'il existe de phénomènes inflammatoires.

La masse saillante est parfaitement isolable, ne fait pas corps avec la paroi abdominale, mais *adhère à la peau de l'ombilic ;* elle se déplace très facilement sur les parties profondes, *n'est pas réductible* et les tentatives de réduction font souffrir la malade.

A la percussion, *matité absolue ;* l'auscultation combinée avec la pression de la tumeur ne permet pas de constater d'épanchement liquido-gazeux.

Quant à ses dimensions exactes, la tumeur mesure 15 centimètres dans le sens transversal et 9 cent. 1/2 dans le sens vertical.

D'autre part, le toucher vaginal fait constater la disparition complète du col et, à sa place, on trouve une ulcération infundibuliforme à parois déchiquetées, qui permettent de pénétrer largement dans la cavité utérine. En combinant le palper hypogastrique avec le toucher, on trouve au-dessus du pubis une masse arrondie, assez dure et, par l'espèce de ballottement qu'on établit entre la main appliquée sur l'abdomen et le doigt introduit dans le vagin, on reconnaît que cette masse fait corps avec l'utérus.

Diagnostic. — Epithélioma du col de l'utérus avec propagation aux annexes. Tumeur cancéreuse de l'ombilic, probablement *développée aux dépens d'une épiplocèle.*

Le 2 mars, la malade est prise, sans cause appréciable, à la visite du matin, d'un frisson violent, avec claquement des dents, horripilation et de vomissements porracés. L'abdomen légèrement tuméfié est excessivement douloureux, surtout au niveau de l'hypogastre. Le pouls est petit et bat 130 pulsations à la minute.

Température : 41,2.

En présence de ces symptômes, M. Nicaise diagnostique une péritonite aiguë intercurrente.

L'état général de la malade va s'aggravant les jours qui suivent ; la péritonite se généralise en semblant suivre une marche ascendante; le ballonnement du ventre est énorme, le facies grippé. Quant à la tumeur ombilicale, elle n'a subi aucune modification ; la malade rend par l'anus des matières et des gaz ; pas de vomissements fécaloïdes ; collapsus et mort le 7 mars.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate la présence de néo-membranes ténues, fibrineuses, cédant facilement à la traction et qui agglutinent entre elles les anses intestinales, les fausses membranes deviennent de plus en plus épaisses, à mesure qu'on se rapproche du petit bassin, dans lequel on trouve un verre environ de liquide purulent.

L'utérus a complètement disparu et on ne trouve à sa place qu'une longue ulcération à parois putrilagineuses, qui s'ouvre en haut et à droite, dans la cavité péritonéale ; et c'est cette perforation qui a été manifestement le point de départ de la péritonite suraiguë qui a terminé la scène.

La tumeur ombilicale est disséquée avec grand soin. La décortication se fait assez facilement, si ce n'est au niveau de la partie culminante de la tumeur, laquelle adhère *intimement à la peau* de l'ombilic.

Sur le pourtour de la tumeur, il existe une vascularisation des plus marquées. Considéré par sa face péritonéale, l'ombilic présente au niveau de l'anneau une dépression infundibuliforme dans laquelle s'engage le *grand épiploon se continuant avec la tumeur*. A l'endroit de l'infundibulum se voient quelques tractus fibreux, résultat de l'inflammation péritonéale.

Une coupe antéro-postérieure de la tumeur permèt de constater que *toute la partie herniée* de l'épiploon a subi la transformation cancéreuse. Elle se présente, sous l'aspect d'une masse lardacée parsemée de points jaunâtres, laissant s'écouler par le râclage une grande quantité de suc opalescent. Particularité intéressante : toute la partie de l'*épiploon qui est au-delà de l'anneau ombilical ou autrement dit de l'orifice herniaire est absolument saine.*

L'examen microscopique démontre qu'il s'agissait d'un *cancer encéphaloïde.*

OBSERVATION VIII

Hernie inguinale étranglée. — Kélotomie. — Cancer. — MIXTER.
(*Boston Journal,* 1888, volume I, p. 313.)

Homme de 55 ans, porteur d'une hernie inguinale ancienne, bien maintenue par le bandage et se réduisant facilement.

43 heures avant que l'auteur le vît, sa hernie sortit subitement. Il ne put la réduire et appela un médecin qui fit élever les pieds de son lit et mit de la glace sur la hernie.

« Je vis le malade le jour suivant. Il souffrait beaucoup de sa tumeur ; le ventre était douloureux et distendu. Pas de selles depuis la descente de la hernie ; nausées constantes et légers vomissements. »

A droite, la région inguinale et le scrotum étaient rouges, gonflés et tendus.

Le malade fut éthérisé ; mais la réduction ayant été impossible, on décida l'intervention.

Les symptômes n'étaient pas particulièrement urgents ; mais, le début des accidents remontant à 24 heures, les conditions étaient meilleures.

La tumeur était *complètement mate.*

A l'ouverture du sac, pas de liquide ; on trouve une masse remplissant le sac, masse qui n'est ni de l'épiploon, ni de l'intestin mais qui semble un second sac très épais contenu dans le premier. La masse était *complètement irréductible* et déjà congestionnée.

En divisant cette masse, on trouve une petite cavité contenant un peu de gelée. Avec le doigt on fait sourdre de cavités adjacentes de la gelée et un grand nombre de petits fragments arrondis.

La tumeur *étant adhérente* fut séparée aussi haut que possible et n'étant *pas réductible* fut réséquée.

Le doigt, introduit dans la plaie, put sentir une grosse masse en arrière et en haut dans la cavité abdominale, paraissant solidement fixée.

Les symptômes d'étranglement disparurent complètement et le malade alla bien pendant une dizaine de jours, avec, seulement, une légère suppuration, lorsque rapidement la température monta, le ventre se distendit et le malade succomba.

La cause probable de la mort fut une péritonite, due sans doute au pédicule de la tumeur laissée dans le ventre, car sa structure la prédisposait à la gangrène.

La tumeur fut examinée au microscope par M. Withner qui diagnostiqua un *cancer colloïde*.

OBSERVATION IX

Tumeur maligne dans une hernie ombilicale avec remarques sur l'étiologie du cancer. — Daniel Lewis (*The Medical Record* 1889, p. 746).

L'auteur pensait que c'était le premier cas dans lequel on aurait trouvé une tumeur maligne dans une vieille hernie et que ce fait prouve avec évidence que « des cancers peuvent succéder à des maladies non malignes qui leur servent de causes prédisposantes ».

Malheureusement il n'a pas cru devoir entrer dans le détail de l'observation de ce cas intéressant.

OBSERVATION X

Néoplasme de l'épiploon hernié. — Le Dentu (*Gazette des Hôpitaux*, 1889, p. 797).

Alfred S..., 54 ans, ciseleur, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, le 12 février 1889. C'est un homme *amaigri et cachectique*. Sa mère est morte d'une maladie de cœur ; il a perdu un frère et une sœur de la poitrine. Lui-même a eu une fièvre typhoïde à 17 ans, puis à deux reprises (25 et 27 ans) une « fluxion de poitrine » ; depuis, il tousse tous les hivers.

L'an dernier, en juin 1888, il fut opéré, par M. Le Dentu, d'*un sarcome des fosses nasales* ; il était déjà pâle et affaibli et, depuis deux ans, il sentait ses forces décliner de jour en jour ;

mais, nulle part, l'examen clinique ne fit alors découvrir de néoplasme herniaire.

L'opération n'améliore que pour un temps assez court sa santé générale. Six mois plus tard, il était pris d'une diarrhée presque continuelle et qui ne s'arrêtait que pour faire place à une constipation opiniâtre. Le ventre était sensible et des crises douloureuses survenaient de temps en temps.

Les accidents herniaires proprement dits datent de 8 jours. Une nuit le malade est réveillé par des tiraillements douloureux dans l'aine gauche. Il y porte la main et y trouve une tumeur grosse comme un œuf, arrondie, assez dure, qui venait de paraître. Un médecin appelé ordonne le repos au lit et des cataplasmes. La hernie était *encore réductible* en totalité ; il y avait de la diarrhée.

Mais les douleurs deviennent plus aiguës ; depuis deux jours, l'*irréductibilité était complète*; les selles étaient suspendues, mais les émissions gazeuses continuaient à se faire ; quelques vomissements, sans caractère fécaloïde. Ce fut alors que le malade entra dans les salles de M. Le Dentu. La tumeur herniaire était peu tendue et comme fluctuante ; on pensa à une *épiploïte simple avec pincement latéral dans l'intestin.*

La kélotomie fut pratiquée le 12 février.

Le sac ouvert, il s'écoule un liquide séro-sanguin, louche, d'une odeur fécaloïde très accusée ; une masse épiploïque rougeâtre, épaissie, noueuse, le remplit et *adhère à sa face interne.* Cet épiploon est criblé *de noyaux néoplasiques*, dont la grosseur varie d'un pois à une amande, noyaux durs, finement bosselés, blanchâtres à la coupe, qui s'accolent et forment masse entre les plis recroquevillés de la séreuse. D'intestin, on n'en peut découvrir trace.

L'épiploon cancéreux est lié et réséqué ; la masse se prolonge dans la *fosse iliaque ;* on draine et on suture.

Le lendemain, le pansement est imprégné de pus ; et le second jour ce sont des matières stercorales qu'on trouve épanchées au-dessous de lui ; on enlève les sutures, un *anus artificiel s'établit.*

Mais l'état général avait empiré chaque jour et le malade, agonisant, fut emmené par sa famille.

OBSERVATION XI (1)

Homme de 33 ans, typographe. Il portait depuis l'enfance une hernie inguinale droite.

Une première fois, le 25 février 1885, il était entré à la clinique de Necker pour des *accidents d'étranglement.* Le docteur Routier n'avait pu *réduire qu'en partie* la masse herniée, mais l'intervention avait suffi pour faire cesser la constipation et les vomissements.

Le 13 mars, le malade quittait l'hôpital avec une hernie toujours partiellement irréductible ; il ne portait pas de bandage.

Il y a huit jours, dans la nuit, la hernie sortit plus grosse et douloureuse ; mais, sous une légère compression, elle se réduisit au bout de quelques heures, ou plutôt, elle revint à son volume primitif.

Le 2 mars, dans l'après-midi, sans effort, elle sort de nouveau ; dans la soirée, les vomissements commencent pour durer toute la nuit. Ce matin, le malade entre dans nos salles et voici ce que l'on constate :

---

(1) Lejars. — *Gazette des Hôpitaux* 1889, p. 801.

La région inguino-scrotale droite est occupée par une tumeur allongée qui se *soulève en trois bosselures ;* l'une tout inférieure, arrondie et rénitente, d'une sensibilité spéciale à la pression : c'est le testicule ; l'autre plus grosse, séparée de la première par un sillon circulaire très net ; la troisième, la plus développée, se dessinant sous forme de relief aplati au-dessus du pli de l'aine. Toutes trois sont mates, aucune n'est transparente.

Selles et gaz étaient interrompus depuis la veille ; pas de vomissements ; pouls plein et fréquent, facies coloré. On pratique une séance de taxis sous le chloroforme, d'environ un quart d'heure sans résultat.

Le lendemain, la hernie était moins tendue. M. Le Fort fit encore une courte tentative de taxis. Dans la journée, le malade vomit environ 2 litres d'un liquide un peu trouble, mais sans odeur, sans caractère fécaloïde. La douleur seule était vive à la moindre pression.

Le jour suivant, une nouvelle séance de taxis fut instituée ; sous la pression, la bosselure moyenne céda et le testicule devint très net, en bas ; mais le relief inguinal persistait, même sous le chloroforme ; il devenait au contraire plus tendu.

M. Le Fort fit alors une ponction aspiratrice dans cette tumeur que rien ne pouvait refouler définitivement ; il retira 100 grammes d'un liquide bien fluide, sans odeur, rougeâtre ; la pointe de la canule était libre dans une cavité close, au fond de laquelle on la sentait buter contre un corps dur.

Le malade eut une émission gazeuse dans la nuit et le lendemain une première selle. Dès lors, le cours des matières se rétablit peu à peu et l'amélioration s'accusa de jour en jour ;

mais il restait au pli de l'aine une masse arrondie, du volume d'un œuf, mollasse à la pression, *irréductible.*

Quinze jours après, le 20 mai, on décida une nouvelle intervention définitive.

Le malade endormi par le chloroforme, M. Fort fait sur la tumeur inguinale une incision parallèle à son gand axe, celle de la kélotomie. Il coupe sur la sonde cannelée une série de feuillets celluleux, il ponctionne avec la pointe du bistouri. Du liquide s'écoule en quantité, séreux. Le sac est alors largement ouvert ; sa face interne, son collet sont explorés avec soin ; nulle part on ne trouve d'intestin ou d'épiploon.

On revient à la face externe du sac ; lentement, à petits coups, on la décortique jusqu'au niveau de l'anneau inguinal externe ; là on tombe sur une petite masse arrondie, mollasse. La dissection remonte plus haut ; la paroi antérieure du canal inguinal est sectionnée et, suivant toujours la continuité du sac, on découvre sa portion intra inguinale, celle qu'on avait toujours sentie irréduite, bosselée, grisâtre, indurée. L'isolement en est laborieux ; il se fait au doigt et au bistouri ; tout-à-coup, de l'angle supérieur de la plaie, s'échappe un flot de liquide intestinal. On prolonge largement l'incision abdominale vers l'ombilic ; un fil passé dans le mésentère maintient l'anse déchirée. Enfin on arrive à enlever tout entière la masse néoplasique adhérente à l'intestin ; mais il avait fallu en réséquer une longueur de 8 centimètres environ. Les deux bouts sont rapprochés, réunis par leur bord mésentérique, suturés à la peau par le reste de leur circonférence, anus contre nature.

Les suites de l'opération furent d'abord presque rassurantes ; l'anus artificiel fonctionnait bien, il n'y avait pas de douleurs, pas de vomissements. Mais la température restait haute,

39 degrés. Cette fièvre persista et s'accrut, et sans, accidents bruyants, le malade succombait à la péritonite.

L'autopsie ne révéla que des lésions banales de péritonite aiguë ; il n'y avait nulle part *trace d'une autre humeur*.

L'examen de la pièce enlevée, bien que les difficultés de l'opération l'eussent un peu défigurée, était d'un tout autre intérêt :

C'était une plaque épaisse de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, semée de noyaux arrondis et durs, qui occupait *la paroi du sac herniaire* dans la plus grande partie de son évasement intra inguinal et, plus haut, vers le collet profond, se *continuait vers l'anse herniée* et sur son *mésentère*. Il y avait une *adhérence intime*, une fusion véritable, à ce niveau, du sac, du mésentère et de l'intestin; le tube intestinal, libre encore dans le reste de sa circonférence, se confondait, par l'une de ses parois, dans le bloc néoplasique et son mésentère n'était plus qu'une lame épaisse et rigide. Les *lésions étaient circonscrites à la partie herniée.*

Le néoplasme était blanchâtre et sec, à la coupe. L'examen histologique pratiqué par notre collègue et ami M. Leroy aide préparateur d'histologie à la Faculté, permit de conclure à un *fibro-sarcome*.

OBSERVATION XII

Tumeur maligne dans une hernie inguinale ; opération ; guérison.

Th. Manley (*The medical Record*, volume 37, février 1890, p. 123).

Dans le Medical Record du 12 octobre 1889, on trouve un article dû à la plume du Dr Daniel Lewis, relatif à une unique

et intéressante complication des hernies. Par une singulière coïncidence, j'ai rencontré, moi aussi, il y a un mois, un de ces remarquables cas de cancer développé dans un sac herniaire ; et en raison de la rareté du fait et de son intérêt, je vous demande la permission de vous le rapporter.

Italien de 30 ans ; entré à l'hôpital de Harlem. Il nous raconte qu'il y a quinze ans, après un effort, il sentit une forte douleur à l'aine du côté droit ; il s'y produisit une tumeur qui persista depuis ; elle ne lui occasionna aucun trouble jusqu'il y a dix jours, date à laquelle il se traumatisa les bourses en chargeant des pierres.

La tumeur a la consistance de la pierre, suit le cordon spermatique et remonte jusque dans le canal inguinal.

Le malade a un peu de fièvre, le pouls rapide, la langue rôtie et l'abdomen ballonné et très douloureux. Il n'a pas été à la selle depuis quatre jours ; le jour de son admission, il a vomi trois ou quatre fois.

Il semblait avoir une hernie étranglée, mais certains signes étaient en contradiction avec cette hypothèse : la dureté pierreuse de la tumeur, et le fait que nous apprîmes, qu'il était souvent constipé pendant plusieurs jours.

En outre, depuis son traumatisme, son abdomen était resté douloureux. La tumeur pouvait donc être due à une *hydrocèle enkystée* du cordon ou à une variété quelconque de cette tumeur bénigne. Quoique le diagnostic de la lésion fût un peu obscur, il n'y avait aucun doute que l'état ne fût grave. Et je fis le diagnostic qui me sembla le plus satisfaisant de hernie *avec étranglement au niveau du collet du sac.*

Je chargeai le chirurgien résidant, le Dr Currie, de pratiquer l'intervention, mais en lui recommandant de me prévenir s'il

ne s'agissait pas d'une hernie, ou s'il trouvait quelque chose de particulier. J'appris par téléphone, une heure après avoir quitté l'hôpital, que l'opération avait été commencée, mais *interrompue en présence des constatations* que l'on avait faites.

Le jour suivant, à onze heures du matin, je réouvris la plaie et trouvai au-dessous et faisant corps avec le sac d'une vieille hernie un *néoplasme dur comme du cartilage*, débordant le canal inguinal de 4 pouces et s'y prolongeant. La tumeur reposait immédiatement sur le cordon spermatique avec lequel elle était adhérente. Il était évident que le malade avait une hernie et que, à la suite du port d'un mauvais bandage, les enveloppes de la hernie avaient adhéré et avaient par fusion formé une masse. En disséquant cette masse, je trouvai qu'elle se continuait dans la cavité abdominale. Elle était *formée d'épiploon* ayant subi des altérations pathologiques ; il n'y *avait pas d'étranglement de* l'intestin, quoique le pédicule de la tumeur au niveau du collet fût fortement rétréci.

La *masse fut excisée au niveau* de l'anneau et on fit la cure radicale par le procédé de Mac Burney.

Après l'intervention, disparition immédiate et permanente de la douleur.

M. Knirr examina la pièce histologiquement.

Il s'agissait d'un *fibro-sarcome* dont les éléments sarcomateux dérivaient du tissu conjonctif de l'épiploon. Il m'informa aussi que le processus *avait commencé dans la masse herniée* et s'était étendu dans la cavité abdominale.

Le malade continue à aller très bien.

OBSERVATION XIII (résumée)

Hernie inguinale congénitale gauche; cure radicale de la hernie étranglée; cancer. — Sonnenburg (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, B. XII, p. 308).

Antécédents. — Le malade a depuis son enfance une double hernie inguinale. La hernie droite se réduit facilement et est bien maintenue par un bandage ; la hernie gauche n'est *jamais complètement réduite*, même avec le bandage.

Les premiers phénomènes d'étranglement se manifestèrent il y a deux jours, en même temps que la hernie gauche devenait une tumeur douloureuse.

On constate dans la région inguinale gauche une tumeur grosse comme le poing, douloureuse, qu'il est facile de reconnaître comme une hernie inguinale ; on ne peut en isoler distinctement le cordon ni le testicule. Le ventre est légèrement tendu et douloureux, pas de fièvre : pouls, 80.

Après un bain chaud, la tumeur diminua un peu. M. Fischer essaya alors le taxis pendant dix minutes, ce qui diminua la tumeur de moitié ; puis, purgatif.

Le lendemain, l'état général était meilleur ; mais pas de selles ; le ventre cependant moins tendu, le bas-ventre moins douloureux.

La hernie laisse percevoir des parties d'épiploon et en un point comme de la fluctuation liquide d'hydrocèle. Le testicule semble être confondu avec la hernie.

A la suite d'un autre purgatif, selle abondante ; les jours suivants, amélioration de l'état général, mais la hernie reste toujours un peu douloureuse.

D'après l'histoire du malade, on croyait à un *engouement dans une hernie congénitale.*

Le 28 janvier, trois semaines après l'entrée du malade, il sortit avec un bandage ; mais, quelque semaines après, il dut revenir à cause de douleurs violentes qu'il comparait avec des crampes : en présence de ces nouveaux phénomènes, on décida la cure radicale.

Opération par le professeur Lücke.

Après incision de la peau, on tomba dans une poche contenant une certaine quantité de liquide et on découvrit une masse dans laquelle il était impossible de *distinguer le sac de son contenu.* Toutes ces adhérences formaient une couche de 1 centimètre d'épaisseur, englobant aussi le testicule ; en les séparant, on fit une déchirure dans la masse herniée et on crut avoir *ouvert l'intestin ;* on agrandit avec les ciseaux et on reconnut en effet la muqueuse intestinale. Par l'ouverture, on vit une large *végétation polypeuse* de la muqueuse, ce qui permit de comprendre les phénomènes d'obstruction incomplète que présentait le malade. Cette excroissance polypeuse fut liée en trois pédicules et enlevée ; on libéra le testicule ; on sutura l'intestin au catgut en partie et on établit *un anus contre nature* Drainage, pansement.

Suites opératoires bonnes ; l'anus qui a bien fonctionné est fermé deux mois plus tard ; il persiste une fistule stercorale.

OBSERVATION XIV

Cancer de l'intestin et du péritoine avec cancer d'une portion herniée et du sac herniaire. Rupture de l'intestin. — A. Raoult (*Bulletin de la Société anatomique*, 1892, p. 304).

La nommée D..., âgé de 60 ans, entré dans le service de M. le professeur Brouardel, le 31 mars 1892. On ne trouve chez cette femme aucun antécédent héréditaire au point de vue du cancer. La santé a été très bonne jusqu'il y a deux ans, à part la présence de deux hernies, de quelques coliques hépatiques. Les hernies ont apparu il y a *24 ans*. Ces hernies étaient le siège de coliques passagères souvent très vives, accompagnées de diarrhée et parfois de vomissements. De plus, la malade a eu à plusieurs reprises des douleurs dans l'hypochondre droit, revenant par accès et accompagnées d'ictère et de vomissements ; ces accidents qui sont, sans doute, imputables à la lithiase biliaire, ont apparu il y a environ dix ans. Depuis deux ans, la malade, qui jouissait d'une bonne santé, commença *à maigrir* ; ces phénomènes se sont accentués à partir du mois de novembre 1891. Cependant, elle ne souffre nullement jusqu'à cette époque. Au mois de décembre, elle ressent à plusieurs reprises des coliques violentes qu'elle attribue à ses hernies. Elle n'a jamais eu d'hématémèse ou de mélœna.

Il y a un mois environ, apparaissent des douleurs abdominales plus intenses, siégeant à la périphérie du ventre, au niveau des côlons. Ces douleurs étaient accompagnées de vomissements bilieux, se produisant surtout après le repas ; pas d'hématémèse. Les selles deviennent plus rares ; mais elles ne sont ni diarrhéiques, ni de volume très restreint ; elles res-

tent moulées, demi-molles, de volume ordinaire. Les accidents ont augmenté depuis quinze jours. L'abdomen est devenu très distendu, les selles ont été plus rares et les coliques ont augmenté.

A l'entrée, la malade est très amaigrie, *la figure est pâle, cachectique* ; mais les téguments n'ont pas la teinte jaune paille caractéristique du cancer. La malade, très abattue, répond péniblement aux questions qu'on lui pose.

L'abdomen est très distendu, globuleux. A la percussion, on trouve une sorte de sonorité très marquée dans toutes ses parties, sauf dans les flancs, où on perçoit un peu de matité. L'intestin est donc météorisé, très distendu par les gaz, et il existe une légère quantité d'ascite. Quand on palpe l'abdomen, on voit l'intestin se contracter énergiquement et les anses se dessinent sous la peau ; ce phénomène est accompagné de borborygmes très sonores et durant dix à quinze secondes.

On perçoit en outre un clapotage dans tout l'hypochondre gauche et qui dépasse l'ombilic de trois travers de doigt. On sent enfin sous la paroi abdominale des masses dures, arrondies, de la grosseur d'une noisette, disséminées sans ordre dans l'abdomen, mais surtout appréciables dans la fosse iliaque droite.

La hernie inguinale droite, du volume d'un fort poing, est sonore, à sa partie externe, il existe une masse dure du volume d'une noix. Cette hernie est *complètement irréductible* depuis douze ans.

La hernie inguinale gauche est formée de deux masses dures L'une, la moins volumineuse, semble se continuer dans l'abdomen ; l'autre, de la grosseur d'une noix est appendue à la partie inférieure de la première. Les lésions ne sont pas doulou-

reuses actuellement. Le toucher rectal ne signale aucun rétrécissement de cet organe.

La malade est prise de temps en temps, après le repas, de vomissements alimentaires et bilieux. La langue est sale, les selles rares, moulées, ne contenant pas de sang.

Le foie n'est pas douloureux et ne semble pas hypertrophié ; rien au cœur ; un peu de congestion aux deux bases ; pas d'albumine dans les urines.

En présence des signes précédents, on porte le diagnostic de *cancer de l'intestin à localisation indéterminée*, avec réaction péritonéale, sans grande ascite et *propagation du cancer au sac herniaire* de la hernie droite et aux deux *ganglions voisins* de l'orifice inguinal de chaque côté.

Le 4, on donne à la malade un lavement qui ne fait que peu d'effet et ensuite un purgatif. Persistance des coliques et du météorisme.

Le 5, la malade est très faible. Elle se plaint de coliques ; elle a eu des vomissements plus abondants, le ventre est plus douloureux.

Le 6, à trois heures du matin, la malade meurt, sans avoir présenté aucun nouveau symptôme.

Autopsie le 7 avril. — Le cadavre est dans un état de décomposition très marqué.

A l'ouverture du péritoine, il s'échappe des gaz fétides, d'odeur intestinale et on trouve dans la cavité de la séreuse trois litres environ d'un liquide jaune, fécaloïde, où surnagent des grumeaux jaunes. Le grand épiploon est bourré de noyaux cancéreux ; son extrémité inférieure gauche se dirige vers l'orifice inguinal du même côté, dans lequel il pénètre. Les anses intestinales en de nombreux points sont agglutinées et

recouvertes de masses cancéreuses sous-péritonéales, de volume variable, atteignant en divers points celui d'une grosse noisette. Le mésentère est rempli de nodules cancéreux, formant des traînées allant de l'intestin aux ganglions qui eux-mêmes sont très augmentés de volume.

Dans la *hernie inguinale droite,* on trouve une anse de l'intestin grêle, distante du cœcum de 6 à 8 centimètres. Cette hernie est entourée de tissu lardacé, très difficile à disséquer. Le sac de la hernie est rempli de liquide semblable à celui trouvé dans le péritoine. L'anse herniée, très congestionnée, est *recouverte de nodules cancéreux ;* il en est de même de la *surface interne du sac.* La surface externe de ce sac est en rapport à son côté externe avec un *ganglion cancéreux* du volume d'un gros marron.

Dans la *hernie inguinale gauche,* il existe une portion du grand épiploon, chargée de *granulations cancéreuses* et en rapport avec un ganglion du volume d'une grosse noix en dégénérescence cancéreuse comme celui du côté droit. Au niveau du bord supérieur de l'utérus auquel il adhère, on trouve une portion de l'S iliaque, repliée en anses très serrées et envahie par le processus cancéreux.

Cette portion est complètement entourée par de la péritonite cancéreuse ; les parois sont dures, le canal intestinal est réduit de volume. Ce point siège environ à 6 centimètres au-dessus de l'origine du rectum ; ce dernier n'est pas envahi par le cancer.

On sectionne, en présence de la Société Anatomique, ces différentes portions d'intestin et on trouve le calibre de l'intestin réduit de volume au niveau de la hernie droite et au niveau de la partie atteinte de l'S iliaque.

Les parois de l'intestin en ces points sont bourrées de noyaux cancéreux, mais nous ne pouvons trouver aucune altération de la muqueuse. Noyaux cancéreux à l'estomac ; quelques nodules à la surface du foie, face inférieure du diaphragme.

Tous les lymphatiques et ganglions lymphatiques prévertébraux dans l'abdomen et le thorax ont subi, à des degrés divers, la dégénérescence cancéreuse.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

De l'étude des faits qui précèdent se dégagent quelques notions étiologiques que nous allons passer en revue.

C'est tout d'abord la rareté de la carcinose herniaire ; il suffit, en effet, de songer au chiffre important de cures radicales pratiquées journellement dans les hôpitaux, aux nombreux cas d'étranglement herniaire nécessitant la kélotomie, sans que la carcinose y soit signalée autrement qu'à de longs intervalles, pour se rendre compte que l'affection est une rareté pathologique.

Le siège en est variable ; mais de préférence la carcinose paraît affecter la hernie inguinale ; dix fois, nous trouvons la carcinose dans la hernie inguinale ; quatre fois dans la hernie ombilicale.

Il est fort possible, du reste, qu'il faille tout simplement attribuer la fréquence relative de la hernie inguinale cancéreuse à la plus grande fréquence absolue de la hernie inguinale en général. Nous ne connaissons pas d'exemple de hernie crurale de l'intestin ou de ses attaches atteinte de dégénérescence maligne.

L'âge du malade a une valeur étiologique assez im-

portante. Comme, pour le cancer en général, nous voyons que le sujet, porteur de carcinose herniaire, a presque toujours atteint au moins l'âge moyen de la vie ; seul, le malade de M. Manley, chez qui, en particulier, les suites opératoires ont été favorables, était âgé de trente ans.

L'âge de la hernie où se développe la carcinose paraît, de son côté, jouer un rôle important ; c'est dans des hernies que le malade portait depuis de longues années : dans notre observation, le malade âgé de 71 ans avait « toujours eu une hernie et toujours porté un bandage » ; la hernie datait de vingt ans dans l'observation de Dupuytren ; elle était « de date très ancienne » dans l'observation de Chauffard ; seul, le malade de M. Le Dentu paraît avoir vu se développer rapidement une tumeur maligne sur une hernie de date récente ; nous voyons, en effet, que, avant que des accidents au niveau de sa hernie cancéreuse l'eussent amené à l'hôpital, il avait été opéré d'un sarcome des fosses nasales et l'examen clinique à ce moment n'avait pas révélé « trace de tumeur herniaire » ; ce fait doit être considéré comme tout à fait exceptionnel.

Nous serons bref sur la notion du sexe quant à son influence sur la fréquence ou la localisation de la carcinose herniaire. Nous voyons que les hommes sont atteints presque exclusivement de carcinose herniaire inguinale; les femmes, de carcinose herniaire ombilicale ; la raison en est évidemment dans la plus grande fréquence de la hernie inguinale chez l'homme, de la fréquence relative de la hernie ombilicale chez la femme.

Faut-il voir dans l'irréductibilité une cause de développement du cancer dans la hernie? Nous ne le pensons pas ; nous voyons, il est vrai, presque toujours la hernie devenue cancéreuse avoir été longtemps « difficilement réductible », « mal contenue par le bandage »; mais il semble bien plutôt que le développement de la tumeur maligne soit, par les lésions anatomiques qu'elle provoque, même avant que n'éclatent de graves accidents herniaires, la cause et non l'effet de cette complication.

Une notion surtout très nettement se dégage de la lecture des observations précédentes : la carcinose herniaire est *primitive* ou *secondaire*.

Primitivement, elle s'installe d'emblée sur la hernie et là seulement, comme dans l'observation de M. Lejars; ou encore par métastase, à la suite du cancer herniaire primitif, on voit se développer sur d'autres organes, le foie par exemple, des noyaux cancéreux nettement secondaires, ainsi que le rapporte M. Chauffard ; ou encore, simultanément, se développent et une tumeur herniaire et une tumeur abdominale ; c'est ce qui paraît avoir eu lieu chez le malade qui fait le sujet de notre observation.

Ou bien, secondairement chez des malades déjà affectés de tumeur maligne, de cancer de l'utérus chez la malade de M. Codet, d'un sarcome des fosses nasales opéré un an auparavant, chez le malade de M. Le Dentu, la hernie, but et non plus point de départ de la métastase cancéreuse, va subir à son tour la dégénérescence maligne.

Quoi qu'il en soit, il ressort de tous ces faits que les

hernies anciennes sont, nous ne dirons point un siège de prédilection, mais au moins un terrain fort possible pour l'éclosion ou la généralisation du cancer. Certes, le contraste entre l'énorme fréquence des hernies et la rareté de la carcinose herniaire ne saurait trop commander la prudence dans l'interprétation des autres données étiologiques ; néanmoins, on ne peut s'empêcher de croire qu'il n'y a point dans les cas de carcinose herniaire localisation aveugle, due au seul hasard des formations pathologiques, du processus malin, mais que la hernie crée un point d'appel au cancer. Rien ne nous en paraît plus démonstratif que le fait de M. Codet : chez sa malade atteinte de cancer du col utérin et d'épiplocèle ombilicale secondairement cancéreuse, « toute la partie herniée de l'épiploon a subi la transformation cancéreuse ; toute la partie de l'épiploon qui est au-delà de l'anneau ombilical ou, autrement dit, de l'orifice herniaire, est absolument saine ».

PATHOGÉNIE

Les organes enfermés dans un sac herniaire, ce sac lui-même, plus ou moins tiraillés, traumatisés, au niveau de l'orifice de sortie, de la périphérie de la tumeur, peuvent donc être, sinon avec fréquence, du moins avec une certaine électivité, le point de départ d'une tumeur maligne ou tout au moins une sorte d'amorce pour la métastase d'un cancer préexistant sur un autre organe. Il n'est pas facile d'en saisir le mécanisme intime.

Dans l'ignorance où nous sommes de la cause intime

du cancer, on ne peut, en effet, sur le mode de production d'une de ses localisations rares, faire que de simples hypothèses. Faut-il admettre avec M. Lejars « que par les frottements, par la pression du bandage, par les alternatives de réduction et de sortie nouvelle, par les efforts et quelquefois le traumatisme du taxis, une hernie est, plus que toute autre tumeur, soumise à une *irritation* presque incessante, qui favoriserait le développement du cancer » ?

Peut-être, dans certains cas, la situation, la forme du sac sont-elles la raison de la localisation cancéreuse. « Quand les bactéries ou les cellules irritantes, nous dit Reindfleish (1), arrivent dans un sac séreux, elles s'étendent d'abord sur toute sa surface ; mais, comme leur action nocive ne s'exerce que peu à peu, elles vont gagner entre temps les points où elles peuvent rester sans s'exposer à de nouveaux déplacements : soit les parties profondes des cavités séreuses, soit les replis ou recoins des cavités ; dans le péritoine, le repli recto-vésical ; pour la plèvre, le repli thoraco-diaphragmatique ; c'est là que les néoformations commencent à se développer, c'est là aussi que nous les trouvons à leur plus parfait état de développement. » Quel recoin de cavité séreuse saurait, mieux que le sac herniaire, remplir ces conditions ?

Mais la théorie de Reindfleish n'est elle-même qu'une ingénieuse interprétation des faits cliniques. Les faits

---

(1) Reindfleish (*Traité d'histologie pathologique*), cité in Th. de Nurdin, 1898.

indéniables sont : d'un côté, vieille hernie traumatisée; de l'autre, développement du cancer sur cette hernie; par quel lien pathogénique doit-on joindre ces deux termes? il est actuellement impossible de le dire. On sait que, depuis longtemps déjà, on a soutenu les rapports de cause à effet du traumatisme et du cancer; Velpeau, Virchow avaient soutenu cette relation directe du traumatisme et du traumatisme répété sur le développement des néoplasmes; Verneuil s'est fait le défenseur de la même opinion. Dans la carcinose herniaire, « là aussi, il y a un document de plus pour le dossier traumatisme et cancer. Jusqu'à l'époque, prochaine peut-être, où nos idées sur l'origine et la nature du cancer seront fondées sur de meilleures assises, la pathogénie réelle reste encore obscure. Ce qu'il faut retenir, ce sont les faits et, parmi eux, il faut compter les néoplasmes herniaires » (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomiques de la carcinose herniaire se répartissent soit sur le sac isolément, soit sur les organes herniés, souvent sur le sac et son contenu en même temps.

De plus, suivant son volume, sa tendance à la généralisation, la tumeur crée sur place ou à distance des

---

(1) Lejars (*loc. cit.*).

lésions secondaires ; nous allons résumer en quelques mots les lésions du sac ;

les lésions du contenu :	épiploon, mésentère, intestin ;
les lésions consécutives :	sur place ; à distance.

Sac herniaire. — Le sac herniaire cancéreux est toujours notablement épaissi ; il contient parfois une certaine quantité de liquide citrin. Nous voyons que, dans la plupart des cas, il adhère aux plans voisins, dont on le distingue difficilement, et surtout à son contenu ; souvent, il s'est trouvé difficile ou impossible de l'isoler.

Il peut être épaissi dans toute son étendue ; d'autres fois, le développement du néoplasme prédomine par places et forme une tumeur exactement localisée, comme celle que nous décrit M. Lejars : « une plaque épaisse de 1 centimètre à 1 cm. 1/2, semée de noyaux arrondis et durs, occupant la paroi du sac dans la plus grande partie de son évasement intra inguinal ; à ce niveau, il y avait cohérence intime, fusion du sac, du mésentère et de l'intestin. »

Souvent, le sac est subdivisé en loges secondaires par des brides cancéreuses, caractère anatomique à retenir, car on voit, dans ces cas, l'opérateur reconnaître difficilement la véritable cavité sacculaire.

Histologiquement, on a affaire, dans les cas de néoplasie primitive, à du fibro-sarcome.

Epiploon. — De tous les organes que nous étudions,

susceptibles de subir, dans un sac herniaire, la dégénérescence maligne, c'est, en premier lieu, l'épiploon qui est le plus souvent affecté.

Les lésions y sont ordinairement des formations secondaires à un cancer du foie, de l'utérus ; ce peut être aussi de la néoplasie primitive.

Il se présente sous la forme d'une lame, plus ou moins épaisse, parfois rigide et résistante, dans un cas, dur comme du cartilage ; plus ordinairement, il est seulement augmenté de volume, parsemé de noyaux de grosseur variable ; il était parsemé de points jaunâtres, dans l'observation de M. Codet ; sa surface de section laissait s'écouler une grande quantité de suc opalescent ; il était, chez le malade de M. Le Dentu, « criblé de noyaux néoplasiques dont la grosseur varie d'un pois à une amande, noyaux finement bosselés, blanchâtres à la coupe, qui s'accolent, forment masse entre les plis recroquevillés de la séreuse ».

Nous retiendrons surtout ce fait : c'est la tendance importante de l'épiploon cancéreux à englober dans des adhérences les organes avoisinants l'intestin ; les éléments du cordon jusqu'au fond des bourses peuvent être englobés par la masse cancéreuse dont on ne peut les isoler.

Mésentère. — Le mésentère, le mésocolon, lorsque que c'est l'S Iliaque qui est hernié, comme nous en rapportons un exemple, n'échappent pas à la néoplasie maligne. Remarquons que chez notre malade, la masse mésocolique néoplasiée était creusée par endroits de petites cavités kystiques ; signalons aussi la présence,

dans les préparations histologiques, de nombreux vaisseaux de néoformation. Déjà, du reste, M. Dupuy (1) dans une « Etude sur quelques lésions du mésentère dans les hernies » avait fait remarquer l'abondance des vaisseaux dans les adhérences mésentériques herniaires. « Non seulement, disait-il, certains états pathologiques — il faudrait ajouter à la liste le cancer — peuvent entraîner l'irréductibilité ou l'étranglement de l'anse intestinale correspondante, mais ils se compliquent parfois d'hémorragies graves contre lesquelles il est difficile de lutter efficacement.

Intestin. — Nous avons vu, dans la lecture des observations, que l'intestin grêle, le gros intestin, dans sa portion sigmoïde, par exemple, sont les portions du tube digestif atteintes de néoplasme herniaire.

Le cancer de l'intestin hernié ne présente pas de caractères bien spéciaux, malgré sa situation particulière ; nous le voyons aboutir comme sur toute autre partie du tube digestif à l'épaississement de ses tuniques, à la diminution de son calibre occasionnant le pseudo-étranglement herniaire par obstruction intestinale ; à la friabilité, l'adhérence de ses tuniques, amenant, lors de l'intervention, l'accident souvent signalé : ouverture de l'intestin, formation d'un anus contre nature accidentel.

Lésions concomitantes. — Localement, la compression mécanique des organes herniés, de l'anse intestinale, par le développement de la tumeur. Dans notre observation, par exemple, la portion du tube intestinal hernié

---

(1) Dupuy, *Progrès médical 1873*, p. 305.

était absolument indemne d'infiltration cancéreuse ; mais, par le gros volume de la tumeur mésocolique, elle se trouvait aplatie, complètement appliquée contre cette tumeur et les accidents de pseudo-étranglement, d'occlusion instestinale au niveau de la hernie, s'en étaient suivis.

Les adhérences des diverses parties herniées entre elles, sont ordinairement considérables, parfois au point de constituer par l'ensemble une masse compacte où l'opérateur a de la peine à se reconnaître ; nous les avons signalées en passant, à propos des divers organes, mais elles méritent une mention particulière. Elles sont de deux sortes : nettement inflammatoires ; on les voit alors siéger, par exemple, au niveau du collet du sac ; ou cancéreuses et dues à la propagation sur place du processus malin.

C'est l'opinion de Vaucresson qui, dans sa thèse : « Contribution à l'étude des adhérences herniaires », disait à propos des adhérences dans les néoplasmes herniaires : « Il y a deux sortes d'adhérences : d'abord les adhérences néoplasiques proprement dites, qui résultent de l'envahissement progressif de toutes les parties de la hernie par le néoplasme ; il y a alors disparition complète du sac, de l'épiploon et des parois intestinales qui sont fusionnés et remplacés par une masse néoplasique compacte. En second lieu, il y a des adhérences inflammatoires simples qui résultent de l'irritation provoquée par la présence du néoplasme (1). »

(1) De Vaucresson, *Th. de Lyon 1897*.

C'est au développement de ces adhérences qu'est due, dans la plupart des cas, l'irréductibilité progressive de la hernie cancéreuse : et leur présence peut être une des causes les plus importantes des accidents herniaires et des difficultés de l'intervention.

La propagation du cancer herniaire a pu se faire vers les enveloppes extérieures de la hernie, dans le cas de M. Codet, l'épiplocèle cancéreuse avait envahi la peau de la région ombilicale qui lui était adhérente.

La péritonite aiguë généralisée semble pouvoir compliquer l'évolution de la carcinose herniaire ; de Vaucresson nie l'existence de la péritonite cancéreuse consécutive au cancer herniaire.

Secondairement le foie, la partie intra-abdominale de l'épiploon sont notés comme ayant été envahis par la propagation ou la métastase d'une carcinose herniaire.

Symptômes et Complications

La symptomatologie d'une affection rare comme la carcinose herniaire n'est, on le conçoit aisément, pas très riche. On peut néanmoins reconnaître dans certains cas aux hernies cancéreuses quelques caractères propres que nous allons établir ; et aussi leur évolution spéciale, leur marche presque fatale vers les graves accidents herniaires mérite de fixer l'attention.

Le début en est des plus insidieux et nous avons vu que les malades, généralement âgés chez qui s'est développé le cancer herniaire, avaient porté longtemps des hernies bien tolérées. Puis peu à peu surviennent des

douleurs, sourdes ou vives, au niveau de la hernie, parfois spécialement au niveau du collet du sac herniaire. Le malade remarque l'augmentation progressive du volume de sa hernie, parfois un changement de consistance ; elle devient plus difficilement réductible, elle ne se réduit plus qu'en partie, elle devient complètement irréductible.

L'examen de la tumeur herniaire fournit quelques renseignements ; l'adhérence des téguments de la zone ombilicale est notée dans l'observation de M. Codet.

La matité est de règle. Chez notre malade, on avait été frappé de la dureté et surtout de la lourdeur particulière de la hernie ; quelquefois, au palper, on a pu sentir une série de nodosités, de surfaces irrégulières qu'on interprêtait difficilement ; elles devront faire penser, dans les cas difficiles, à la carcinose herniaire ; c'est ainsi que dans le cas de M. Lejars « la région inguino-scrotale droite est occupée par une tumeur allongée qui se soulève en trois bosselures ; l'une, tout inférieure, arrondie et rénitente, d'une sensibilité spéciale à la pression, c'est le testicule ; l'autre, plus grosse, séparée de la première par un sillon circulaire très net ; la troisième, la plus développée, se dessinant sous forme d'un relief aplati, au-dessus du pli de l'aine ».

D'autres fois enfin la tumeur qu'on palpe, se réduit partiellement ; on fait rentrer l'intestin, par exemple, la tumeur diminue dans son ensemble, mais il reste encore sous le doigt un noyau dur, plus ou moins volumineux ; cette irréductibilité partielle, les causes les plus banales en étant tout d'abord exclues, sera un bon signe de cancer herniaire.

Il ne sera pas indifférent de consulter l'état général du malade qui, souvent, sera celui du cancéreux banal : amaigrissement, perte des forces, cachexie.

Les complications du cancer herniaire sont intéressantes ; c'est pour elles que l'on est appelé à intervenir; et elles se trouvent, dans presque tous les cas, être la terminaison en même temps que le signe révélateur d'un cancer herniaire méconnu ; quelquefois cependant, comme dans nos observations de carcinose secondaire, survenant chez un malade déjà porteur d'un cancer d'un autre organe, elles viennent seulement terminer la scène.

Ce sont des phénomènes d'étranglement herniaire ou de pseudo-étranglement par occlusion intestinale intra herniaire ; ils revètent deux formes : aiguë, étranglement complet d'emblée, avec suppression totale des matières et des gaz, ou étranglement incomplet avec phénomènes alternatifs d'occlusion et de débâcle, suivant les conditions anatomiques, la localisation de la tumeur maligne.

La péritonite aiguë avec ses symptômes habituels. enfin, fut dans le cas de Chauffard, la terminaison.

DIAGNOSTIC

Nous serons aussi bref que possible sur la question du diagnostic du cancer herniaire, ne perdant pas de vue que c'est là une affection d'exception, ne doutant pas que la carcinose herniaire restera trop souvent encore une surprise d'opération.

Les difficultés du diagnostic seront, tout d'abord, variables suivant deux conditions : carcinose herniaire primitive ou secondaire.

Dans les cas de cancer herniaire secondaire, le diagnostic a pu être fait ; on avait, dans l'observation de M. Raoult porté celui de « cancer de l'intestin à localisation indéterminée avec réaction péritonéale, propagation du cancer au sac herniaire dans la hernie droite et aux deux ganglions voisins de l'orifice inguinal de chaque côté » ; chez le malade de M. Codet, on avait dit : « cancer du col utérin; tumeur cancéreuse de l'ombilic probablement développée aux dépens d'une épiplocèle ». Ces cas sont les plus simples : la connaissance de la possibilité de la carcinose herniaire, la coexistence des autres manifestations cancéreuses amènent au diagnostic.

Mais quand le cancer herniaire est primitif, développé insidieusement dans une hernie de longue date, le diagnostic en est plus ardu. On sera appelé à le faire dans deux ordres de faits : ou bien, en présence d'un malade porteur d'une hernie, sans accidents urgents, on sera amené à y reconnaître les caractères du cancer herniaire; ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, on ne voit de la carcinose herniaire que les accidents qu'elle entraîne.

Hernie cancéreuse étranglée. — Chez la plupart des malades qui font le sujet des observations citées, il y avait accidents d'obstruction intestinale, d'étranglement herniaire, de péritonite et c'est le diagnostic, avec causes diverses, qui a toujours et seulement été porté : « vieille entéro-épiplocèle irréductible et péritonite

aiguë généralisé, consécutive probablement à une péritonite herniaire » avait-on dit pour le malade de M. Chauffard; « hernie épiploïque irréductible » disait simplement Childs ; « épiploïte simple avec pincement latéral », dans le cas de M. Le Dentu ; dans le nôtre enfin, on avait dit : « étranglement dans une vieille hernie ayant perdu droit de domicile dans l'abdomen ».

Il semble bien que dans tous ces cas on ne pouvait mieux faire et qu'on ne fera pas mieux à l'avenir ; le diagnostic de cancer herniaire ne peut être qu'un diagnostic d'exception, d'exclusion et il ne faut pas trop compter, pensons-nous, dans un cas d'urgence, au milieu du cortège des accidents pressants qu'elle pourra occasionner, reconnaître la carcinose herniaire.

Hernie cancéreuse non étranglée. — Toutes les hypothèses de faits cliniques courants ayant été éliminées, on aura, pour faire le diagnostic, à songer aux diverses autres lésions spéciales ou rares que l'on peut trouver dans les hernies : *lésions épiploïques* spéciales, *tumeurs bénignes, tuberculose herniaire.*

L'épiploon enflammé, induré ressemble à l'épiploon cancéreux. Nous avons vu que le diagnostic « épiploïte simple » a été porté dans un cas (obs. X) ; en effet, on trouve dans les deux cas une masse dure, impossible à réduire, avec noyaux irréguliers de consistance variable.

La connaissance des antécédents (sarcome des fosses nasales dans le cas de M. Le Dentu), l'état général du malade, pourront décider le diagnostic entre l'épiploïte, fréquente et la carcinose herniaire, rare.

Il peut même se produire dans l'épiploon ou le mésentère herniés des kystes formant tumeur herniaire plus ou moins volumineuse et de diagnostic difficile ; ils présentent cependant ordinairement les caractères cliniques propres à ces formations pathologiques. Entre autres, M. Morton, dans *The Lancet* (1896), rapporte un bel exemple. La tumeur herniaire, du volume d'une grosse noix de coco, était partiellement réductible, mais il persistait une masse ronde, fluctuante, de la taille d'une grosse orange ; le diagnostic fut : kyste épiploïque ; on trouva à l'opération une tumeur ronde, peu adhérente, développée aux dépens du mésentère, ayant aplati l'anse intestinale voisine et dont l'extirpation fut suivie de guérison.

Le lipome de l'épiploon hernié a aussi été observé avec des signes analogues. M. de La Genière (1) en a rapporté un cas à la société Anatomique. La tumeur s'était développée sur une vieille hernie inguinale qui avait peu à peu augmenté de volume, était devenue irréductible ; état général très mauvais ; au palper, la masse, volumineuse, était sentie lobulée, mollasse ; extirpation d'un lipome développé entre les deux lames épiploïques.

Plus complexe encore était le diagnostic dans le cas qu'a rapporté Nové Josserand (2). Il s'agissait d'un homme de 64 ans, porteur d'une hernie inguinale droite, avec irréductibilité complète ; phénomènes d'engoue-

---

(1) De La Genière (*Bull. soc. Anat.*, 1888, p. 738).
(2) Nové Josserand (*Lyon médical*, 1892).

ment herniaire ; la hernie était sonore, mais la palpation révélait autour du pédicule l'existence d'un *corps dur,* du volume d'une noix, *paraissant faire partie du contenu de la hernie,* dont on ne pouvait l'isoler. La kélotomie montra : le contenu de la hernie (cœcum, portion du côlon ascendant, 15 à 20 centimètres de l'intestin grêle) fixé au sac par des adhérences lâches ; et au milieu des anses d'intestin grêle une petite tumeur développée aux dépens de l'appendice et que l'examen histologique montra résulter de la production d'un véritable kyste contenant de la matière stercorale et de la tranformation lipomateuse diffuse du tissu conjonctif sous-muqueux de l'appendice.

La *Tuberculose*, comme les tumeurs malignes, impriment aux hernies qui en sont affectées une physionomie spéciale. Jonnesco et, après lui, Nurdin, ont étudié le diagnostic de ces deux complications herniaires et bien mis en relief les différences d'aspect clinique.

L'âge du sujet, la localisation de la hernie ont une grande importance : la tuberculose ne se rencontrant que dans les hernies des jeunes enfants et n'ayant jamais été trouvée dans la hernie ombilicale. C'est ce que dit Nurdin qui, dans sa thèse, a rapporté vingt-sept observations de tuberculose herniaire : « les tumeurs malignes herniaires sont aussi rares, sinon plus rares que la tuberculose herniaire ; il est du reste évident, dit-il, que le diagnostic ne peut rester hésitant chez les jeunes sujets ». Chez l'adulte, le diagnostic sera possible : d'abord, en tenant compte des phénomènes généraux et des antécédents bacillaires, souvent

coexistence de la tuberculose pulmonaire ou pleuro-péritonéale.

Ensuite, par l'examen de la tumeur : la hernie tuberculeuse conserve souvent les caractères communs de la hernie ; il n'y a presque aucune modification dans les symptômes, la réductibilité en particulier persiste souvent ; si la tumeur devient irréductible, ce qui est rare, elle l'est complètement. La peau qui la recouvre est saine et normale. Les accidents locaux eux-mêmes font souvent défaut. Il peut bien y avoir, il est vrai, de l'engouëment, du pseudo-étranglement, mais ce sont-là des symptômes généralement fugaces et l'étranglement véritable est absolument rare.

En terminant, et pour bien montrer l'utilité et parfois la nécessité, dans ces cas complexes, d'un *diagnostic histologique* (examen qui a été trop souvent omis) nous voulons rapporter trois exemples intéressants.

M. Demeaux, en 1842, présentait à la société Anatomique les pièces provenant d'un malade, longtemps porteur d'une hernie inguinale irréductible, dans laquelle on avait trouvé une tumeur indépendante des organes herniés, très dure et mobile ; ses parois étaient adhérentes et entièrement osseuses : on ne put la diviser que par un trait de scie ; l'intérieur de la tumeur est moins dur que la coque ; il est difficile, conclut l'auteur, d'en déterminer la nature ; il est évident que l'examen histologique aurait pu et dû indiquer si l'on devait faire rentrer ce fait dans le cadre des cancers herniaires.

En 1872, M. Malassez a présenté l'observation d'un malade, porteur d'une vieille hernie inguinale droite,

depuis deux ans irréductible, entré à l'hôpital pour des phénomènes d'étranglement herniaire auquel il succomba. A l'autopsie on trouva que l'irréductibilité était due au volume considérable de la partie herniée, par rapport aux dimensions du collet. « L'examen à l'œil nu montra que cette augmentation d'épaisseur est dû à l'hypertrophie de la tunique musculaire ainsi qu'à la turgescence de la muqueuse et à l'œdème du tissu cellulaire ». Nous savons fort bien que ces faits ont été signalés ; parmi les « Causes d'irréductibilité des hernies », Cénac les admettait dans sa thèse, en 1877 ; et M. Hartmann (1) les range parmi « quelques causes rares d'irréductibilité des hernies ». Néanmoins nous gardons un doute sur la nature cancéreuse de cette lésion et nous ne pouvons nous empêcher de croire que ce cas pourrait être ajouté à la liste des observations de cancer herniaire, surtout si l'on songe à ce qu'ajoute M. Malassez, que le malade avait en même temps de la pleurésie hémorrhagique.

Au contraire, très net, se présente le fait rapporté par M. Heresco, en 1896, à la société Anatomique. Il s'agit d'un malade atteint de hernie congénitale contenue longtemps par un bandage. A la suite d'accidents d'étranglement, on pratiqua la kélotomie ; on tomba sur un sac *extrêmement hypertrophié*. Il mesurait environ 1 cent. 1/2. Cette hypertrophie semble formée par du tissu fibreux ; de plus, en sectionnant le sac, on tombe sur un nodule gros comme une noisette, ressemblant à

(1) Hartmann, *France médicale*, 1887.

une *tumeur mélanique*. — Or, quoique la tumeur ressemblât, macroscopiquement, à un néoplasme, l'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une tumeur formée uniquement de tissu conjonctif très épaissi, par endroits en voie de transformation muqueuse.

TRAITEMENT

En 1834, à propos de l'observation de cette femme qui avait succombé, sans intervention, à des accidents de pseudo-étranglement herniaire par rétrécissement squirrheux de l'intestin hernié (obs. III), Dupuytren ajoutait : « En terminant l'histoire de cette femme, on se demande si, dans un cas semblable, et en supposant que l'on eût connu la cause des accidents secondaires, on n'eût pas pu, ainsi que l'ont conseillé Hévin et Scarpa, attirer au dehors l'anse intestinale à l'endroit de la constriction et établir ainsi chez cette malade un anus contre nature. Il eût été préférable, dans tous les cas, d'employer ce *moyen incertain plutôt que d'abandonner la malade à une mort certaine.* » Cette opinion du vieux maître, qui, à l'époque où elle était formulée, pouvait paraître très audacieuse, est devenue, à l'heure actuelle, un principe de chirurgie courante.

Le traitement idéal du cancer hernié consisterait à traiter le néoplasme comme celui d'un segment intestinal, par exemple, encore contenu dans la cavité abdominale. Aussi les mêmes règles d'extirpation sont-elles applicables dans les deux cas, mais avec ces restrictions :

Qu'il sera très rare d'avoir à intervenir pour un néoplasme herniaire diagnostiqué ; — que l'on a la main forcée par un accident qui menace la vie du patient ; — que le néoplasme qui se présente au bistouri a déjà envahi les parties voisines (adhérences épiploïques, adhérences au sac) ; — et qu'enfin l'extirpation ne devra pas être tentée, si l'on a affaire à une manifestation secondaire à un cancer d'un autre organe.

C'est dire que plusieurs cas se présenteront dans la pratique.

Toujours, d'après nos observations, c'est pour des phénomènes d'étranglement que l'on est intervenu et que l'on aura sans doute à intervenir. Il faut, dans ce cas, se rendre compte aussitôt des connexions anatomiques du néoplasme (étendue, adhérences, siège sur l'intestin ou l'épiploon). Ces premières notions acquises, permettent de juger si le néoplasme est *extirpable* ou *non*. Si l'on jure l'opportunité de l'exérèse, doit-on tenter la réunion immédaite des deux bouts intestinaux sectionnés ou les aboucher à la peau ? Deux facteurs interviennent dans cette décision : l'état du malade, d'une part ; l'outillage et l'habileté de l'opérateur, d'autre part. Une hernie étranglée est une opération d'urgence que peut être appelé à faire tout praticien ; une *résection intestinale* avec *suture* devra souvent, dans ces cas difficiles, céder le pas à la simple *résection suivie de l'abouchement des deux bouts à la peau*.

Si le néoplasme n'est pas extirpable, une seule indication subsiste, donner libre cours aux matières et faire l'*anus artificiel*.

Si le néoplasme siège sur l'épiploon, ce sont les seules conditions d'étendue et d'adhérences qui entreront en ligne de compte; l'extirpation totale pourra, comme chez le malade de M. Manley, être suivie de guérison.

Malheureusement celle-ci est loin d'être la règle, mais bien la grosse exception; et cela se comprend facilement, si l'on songe aux deux éléments contre lesquels aura le plus souvent à lutter l'intervention : étranglement herniaire et cancer. Et malgré la gravité du pronostic et de l'intervention, on ne pourra qu'imiter la conduite de Childs (Obs. V) qui disait : « De toute façon on devait intervenir et s'assurer de l'état des parties herniées, dans lesquelles on ne pouvait soupçonner l'existence d'un cancer; les symptômes étaient ceux d'une hernie étranglée et on devait appliquer la règle : dans le doute opérer. »

CONCLUSIONS

La carcinose est une complication rare des hernies.

Elle peut être primitive ou secondaire.

Le néoplasme siège sur l'intestin, l'épiploon, le mésentère, le sac, isolément, souvent sur l'ensemble des parties constituantes de la hernie.

La symptomatalogie en est généralement très obscure ; l'irréductibilité progressive, la réductiblité partielle y ont été observées ; mais ces signes sont loin d'être pathognomoniques et le diagnostic n'en peut que rarement être fait.

La complication la plus fréquente et qui en est souvent la première importante manifestation est l'étranglement ou le pseudo-étranglement herniaire.

Le traitement n'en pourra que rarement être curatif ; il devra ordinairement se borner à être palliatif.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARNAUD. — *Traité des Hernies*, 1749.

BOURSIER. — *Dict. Encyclop.* 1888, art. Hernies.

BRAQUEHAYE. — *Arch. Génér. de Médecine*, 1892.

CANNUET. — *Bul. Soc. Anat.*, 1842.

CÉNAC. — *Th. Doctorat*, Paris, 1877.

CHAUFFARD. — *Bul. Soc. Anat.*, 1882.

CHILDS. — *Medical Times*, 1857.

CODET. — *Th. Doctorat*, Paris 1883.

DELAGENIÈRE. — *Bul. Soc. Anat.*, 1888.

DEMEAUX. — *Bul. Soc. Anat.*, 1842.

DUPUY. — *Progrès médical*, 1873.

DUPUYTREN. — *Lancette française*, 1834.

DURET. — *Th. agrégation*, 1883.

FLATTEN. — *Centralblatt Chirurgie*, 1884, p. 126.

GIBSON. — *An. of Surgery*, 1900.

HARTMANN. — *France médicale*, 1887, Tome I, p. 305 et 317.

HERESCO. — *Bul. Soc. Anat.*, 1896.

JONNESCO. — *Revue de Chirurgie*, 1891.

KIRMISSON. — *Bul. Sot. Anat.*, 1874.

LEJARS. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1889.

LE DENTU. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1889, p. 796.

LEWIS. — *New-York Medical Record*, 1887.

Morton. — *The Lancet*, 1896, Vol. II.

Michiels. — *Th. Doctorat*, Bordeaux.

Mixter. — *Boston Journal*, 1888.

Nové-Josserand. — *Lyon médical*, 1891.

Nurdin. — *Th. Doctorat*, Paris, 1898.

Raoult. — *Bul. Soc. Anat.*, 1892, p. 304.

Renault. — *Th. Doctorat*, Bordeaux, 1895.

Rheinstædter. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1878.

Samter. — *Deutsche medicine Wochenschrift*, 1899.

Sonnenburg. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, B[d] XII, p. 309.

De Vaucresson. — *Th. Doctorat*, Lyon, 1897.

Völfler. — *Arch. für Chirurgie*, 1877, B[d] XXI, p. 432.

TABLE DES MATIÈRES